



## Client Consent Form:

### FINANCIAL

The cost of a billable service is the responsibility of the client/guarantor. Regular monthly payments in any amount are accepted to keep accounts from going to a collection agency. For unpaid balances a payment plan can be arranged with the clerical staff.

By signing, I consent to third party billing, including payment of government benefits to EIPH, and understand that services eligible for a sliding fee will be billed at 100% to third party payors.

**Insurance** (if applicable): As a courtesy, EIPH will bill your primary insurance for some services; however, **EIPH is not a preferred provider for all insurances**. It is recommended that you check with your health insurance regarding coverage. Client/guarantor will be billed for any remaining balances after insurance has been processed.

**Medicare** (if applicable): EIPH will bill Medicare for flu and pneumonia vaccinations. All other vaccines are the responsibility of the client.

### TREATMENT

Healthcare at EIPH may be provided by a certified nurse midwife, physician, physician assistant, nurse practitioner, licensed nurse, or other qualified professional. I consent to examination, testing (including HIV rapid testing), and treatment. I also understand that I have the right to have my questions answered and the right to refuse any procedures or tests.

### Immunizations

- I understand that immunizations are not mandatory and may be refused on religious or other grounds without reprisal. I understand information regarding vaccine(s) is available to me at EIPH. I understand the benefits and risks of vaccine(s) and ask that vaccine(s) be given to me or the person for whom I am authorized to make this request.
- I understand participation in and withdrawal from the immunization registry is voluntary. If you want to opt out or withdraw from Idaho's immunization registry (IRIS), call the Idaho Immunization Program at 208.334.5931.
- I understand that in order to prevent injury due to post-vaccination fainting, it is recommended that the driver who may have been vaccinated, park the car and remain parked for 15 minutes.
- I authorize the release of my or my minor child's (until 18 years) immunization records to clinics, physician offices, daycares and school. My authorization rights are available to me in EIPH's Notice of Privacy Practices.
- I have been offered a copy of the Vaccine Information Statement(s) for all of the indicated age appropriate vaccines that could be given. I have had a chance to ask questions and fully understand the benefits and risks of each indicated vaccine and I consent for me/my child to receive any vaccine(s) the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommends at the present time.

### HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)/PRIVACY PRACTICES

EIPH is required by law to maintain the privacy of your health information. Your information will be used for the purpose of treatment, payment, and EIPH business. You may request a copy of EIPH's privacy practices at any time. Individuals who pay in full and out of pocket for an item or service may request that their protected health information is not shared with their health insurance or health plan.

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a written complaint to the Secretary of the Department of Health and Human Services or to:

Privacy Officer: Eastern Idaho Public Health  
1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401

By signing, I confirm that I have:

- Read and understand the above information;
- Been offered a copy of EIPH's HIPAA Privacy Practices;
- Been offered a copy of EIPH's Financial Policy, and
- Been offered Vaccine Information Statements.

_____
Signature
_____
Date



## Formularios de Consentimiento – Eastern Idaho Public Health (EIPH)

### FINANCIERO

El costo de un servicio facturable es la responsabilidad del cliente/garante. Pagos mensuales y de cualquier cantidad son requeridas para prevenir que la factura pase a una agencia de cobros. Para saldos pendientes de pago un plan de pago se puede arreglar con el personal de oficina.

Al firmar, doy mi consentimiento para facturación a terceros, incluyendo el pago de los beneficios del gobierno a EIPH, y entiendo que los servicios elegibles para los honorarios móviles se facturarán al 100% a los pagadores de terceros.

**Seguro Médico** (si aplica): Como una cortesía, EIPH facturara a su seguro médico primario para algunos servicios, sin embargo, **EIPH no es un proveedor preferido para todos los seguros médicos**. Se recomienda que usted consulte con su seguro de salud con respecto a la cobertura. Cliente/ garante se le cobrara por cualquier saldo restante después de que el seguro ha sido procesado.

**Medicare** (si aplica): EIPH facturara a Medicare por las vacunas contra la gripe y la neumonía. Otras vacunas serán la responsabilidad del cliente.

### TRATAMIENTO

El cuidado de salud en EIPH puede ser proporcionado por una enfermera partera certificada, medico, asistente médico, practicante de enfermería, enfermera licenciada, o orto profesional calificado. Doy mi consentimiento para el examen y las pruebas (incluyendo pruebas VIH rápido), y el tratamiento. También entiendo que tengo el derecho de tener respuestas a mis preguntas y el derecho de rechazar cualquier procedimiento o pruebas.

### Vacunas

- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por motivos religiosos o de otro tipo, sin exponerse a represalias. Entiendo que la información sobre la vacuna(s) está disponible para mí en EIPH. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna(s) y pido que la vacuna(s) se dé a mi o a la persona para quien estoy autorizado para hacer la solicitud.
- Entiendo que la participación y la retirada del registro de vacunación son voluntarias. Si usted no desea participar o retirarse del registro de inmunización de Idaho (IRIS), llame al Programa de Vacunación de Idaho al 208.334.5931.
- Entiendo que para evitar lesiones debidas a caídas de desmayos después de vacunación, se recomienda que la cliente se siente en el vestíbulo por 15 minutos antes de salir del edificio.
- Yo autorizo que den archivos de vacuna sobre mí y mi hijo(a) menor (hasta 18 años) a clínicas, oficinas de médico, guarderías y escuelas. Mis derechos de autorización son disponibles para mí en el EIPH's Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Me han ofrecido una copia de declaración de información sobre la vacuna(s) para la vacuna(s) indicadas según la edad que podrían administrarse. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo completamente los beneficios y riesgos de cada vacuna indicada y consiento para mi/ mi hijo(a) para recibir cualquier vacuna(s) recomendada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización en este tiempo presente.

### LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)/PRACTICAS DE PRIVACIDAD

EIPH está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica. Su información se utilizará para el propósito de tratamiento, pago, y las operaciones de EIPH. Usted puede solicitar una copia de las prácticas de privacidad EIPH en cualquier momento. Las personas que pagan en totalidad y de su bolsillo para un articula o servicio, podrán solicitar que su información de salud protegida no sea compartida con su seguro médico o plan de salud.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a: Oficial de Privacidad: Eastern Idaho Public Health  
1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401

Al firmar, confirm que:

- Leí y comprendo la información arriba;
- Ha sido ofrecido una copia de EIPH HIPAA Practicas de Privacidad;
- Ha sido ofrecido una copia de la póliza financiero de EIPH

Firma
Fecha